

побічні ефекти, пов'язані із специфікою їх фармакодинаміки, та у зв'язку з цим мають протипоказаннями гіперчутливість, вагітність та період лактації.

Таким чином, за абсолютною гострою токсичністю С-АКС не відрізняється від своїх складових компонентів, а його застосування у хворих повинно обмежуватись загальновідомими станами, обумовленими порушенням чутливості організму до дії вивчених ліків.

ОПТИМІЗАЦІЯ БАЗОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЕНДОТОКСИКОЗУ В ПРАКТИЦІ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Коновчук В.М., Акентьев С.О., Кокалко М.М., Білоус Д.Г.

*Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна*

Ендоотоксикоз, як правило, супроводжує різні захворювання і є найбільш розповсюдженим синдромом у клінічній практиці. У залежності від етіологічного фактору шляхи розвитку ендоотоксикозу можуть мати різні механізми: продукційний, ретенційний, резорбтивний та інфекційний. У своїй якості токсини є продуктами нормального обміну у високих концентраціях, продуктами порушеного обміну, компонентами ефекторів регуляторних систем, різними продуктами розщеплення пластичного матеріалу. Особливо патогенними факторами ушкодження володіє бактеріальна агресія: ендоотоксини (ЛПС) грамнегативних та екзотоксини грампозитивних мікроорганізмів, пептидоглікани, суперантигени мікроорганізмів, МСМ, активні форми кисню та інші вільні радикали, компоненти плазмових систем каскадного протеолізу, цитокини та інші медіатори запалення в надлишкових концентраціях, надмірно активовані цитотоксичні клітини. Всі вони порушують мікроциркуляцію, викликають тканинну гіпоксію та мітохондріальну депресію, активують коагуляційний потенціал, пригнічують фібриноліз. Розвивається реперфузійний синдром та, за принципом "доміно", маніфестує неконтрольоване звільнення медіаторів агресії, що значно обмежує якість гомеостатичних функцій.

Інтенсивна терапія ендоотоксикозу у хворих з гнійно-септичними ускладненнями (ГСУ) є традиційною актуальною проблемою медицини. Первинною ланкою у формуванні ендоотоксикозу при ГСУ є дія екзо- та ендоотоксинів мікроорганізмів на різні структури функціональних систем. Надалі отримує розвиток вторинна токсична аутоагресія, формується синдром системної запальної відповіді, який трансформується в поліорганну дисфункцію, недостатність або й неспроможність.

Найбільш дієві методи лікування ендоотоксикозу та профілактики поліорганного ушкодження

у хворих з ГСУ знаходяться в арсеналі еферентних методів, зокрема, таким є плазмаферез (ПФ). Проте його детоксикаційні можливості у хворих із ГСУ обмежені кількістю видаленої плазми. Тому, для підсилення детоксикаційного ефекту пропонуємо застосовувати ПФ у поєднанні з активацією природних шляхів елімінації токсинів, а саме, використанню можливостей впливу на токсиновидільну діяльність нирок.

Одним із можливих варіантів отримання такого ефекту є застосування сеансів ПФ у поєднанні з об'ємним гіпертонічним навантаженням у режимі підсиленого реверсу руху рідин у позаклітинному просторі та активації волюмо- і осморегулюючої функцій нирок. Серед гіпертонічних інфузійних розчинів необхідну якість забезпечує плазмозамінник — сорбілакт (осмолярність — 1670 ммоль/л).

Досвід роботи відділення інтенсивної терапії обласної клінічної лікарні м.Чернівці показав високу детоксикаційну ефективність цього методу (об'єктивізація проводилася шляхом моніторингу за клініко-лабораторними ознаками, в т.ч. МСМ та прозапальних інтерлейкінів) та доцільність подальшої роботи над вдосконаленням методів, що поєднують в собі інтра- та екстракорпоральні детоксикаційні ефекти.

ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. КИЕВЕ

Богомол А.Г., Курдиль Н.В., Струк В.Ф.
*Киевская городская клиническая больница скорой
медицинской помощи,
отделение острых отравлений*

Специализированная медицинская помощь взрослому населению г.Киева, пострадавшему в результате острых отравлений химической этиологии, оказывается в двух специализированных отделениях, организованных в период 1986-1988 годов на базе Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (КГК БСМП): отделение острых отравлений на 30 коек и отделение интенсивной терапии и экстракорпоральной детоксикации на 6 коек.

За последние 10 лет число вызовов бригад скорой медицинской помощи в связи с отравлениями различной этиологии значительно увеличилось, так, в 2000 году зарегистрировано 5,5 тыс., а в 2010 году — более 17 тысяч вызовов. Подавляющее большинство вызовов осуществляется по поводу отравлений алкоголем (60%) и медикаментами (20%). Значительная часть пострадавших (более 60%) получают необходимую медицинскую помощь на догоспитальном этапе или в отделениях интенсивной терапии районных больниц. Ежегодно около 2,5 тыс. пациентов поступают в тяжелом состоянии в специали-

зированні відділення по ліченню острих отравлений, і около 60% пострадавших поступають в стационар в состоянннн комн и шока.

По данным отдела статистики КГК БСМП ежегодно бригадами скорой медицинской помощи доставляется в специализированные отделения до 88% пострадавших, переводится из других лечебных учреждений города и области — 8%, самостоятельных обращений за медицинской помощью регистрируется — 4%. Среди пациентов жители г.Киева составляют, в среднем, 85%, иностранцы и лица без гражданства — 12%, иностранцы и лица без гражданства — 3%. Следует отметить, что более 50% пациентов поступают в вечернее и ночное время, в период между 22.00 и 24.00 часами. Число случаев острых отравлений значительно увеличивается в выходные и праздничные дни. Наиболее "активным" месяцем традиционно является июль, когда среднемесячное число поступивших увеличивается вдвое.

Подавляющее число взрослых пациентов принимали токсические вещества умышленно, что явилось следствием различных психических расстройств. Психогенные ситуационные реакции встречались у 32% поступивших в стационар, тяжелые реактивные состояния — 15%, хронический алкоголизм — 35%, наркомания — 12%, шизофрения — 6%. Вышеуказанная структура психических расстройств формировала причину и тяжесть острых отравлений и значительно влияла на путь поступления яда в организм. Так, до 62% всех отравлений составляли суицидальные попытки с энтеральным приемом токсического вещества.

Среди пациентов мужчины составляли 55-57%, женщины — 43-45%. Наиболее многочисленной группой (более 50%) являлись пациенты в возрасте от 21 до 50 лет; до 20 лет — 10%, 51-60 лет — 15%, 61-70 лет — 16%, старше 70 лет — 7%.

Наиболее часто встречались отравления медикаментами (42%), алкоголем и его суррогатами (20%), неизвестными ядами (8%), другими токсическими веществами (30%). Показатель летальности в стационаре в значительной мере определялся такими факторами как пол, возраст, вид яда, экспозиция и др. За последние 10 лет показатель летальности пациентов с острыми отравлениями химической этиологии в условиях стационара находился в пределах 3,5-5%.

Систематический и всесторонний анализ структуры острых отравлений химической этиологии среди взрослого городского населения мегаполиса может позволить выявлять и прогнозировать нежелательные тенденции в структуре отравлений и предлагать профилактические меры по предупреждению их тяжелых последствий.

ГОСТРИ ОТРУЄННЯ М-ХОЛІНОБЛОКАТОРАМИ (М-ХБ) У ДОРОСЛИХ: НЕЙРОТОКСИЧНІ ЕФЕКТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Зозуля І.С., Іващенко О.В., Курділь Н.В., Струк В.Ф.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра медицини невідкладних станів, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

На сьогоднішній день в світі четверте місце у переліку найбільш небезпечних природних речовин займає беладона. Популярність М-холіноблокаторів (М-ХБ) обумовлена їх різноманітними властивостями, широким спектром лікувальних та токсичних проявів, які не можуть залишитися без уваги практикуючих лікарів різних спеціальностей. М-ХБ широко застосовуються у амбулаторно-поліклінічній, плановій та ургентній медичній практиці. Використовуються в протоколах надання швидкої та невідкладної медичної допомоги, анестезіології та реаніматології, неврології та психіатрії, офтальмології, хірургії та гастроентерології, алергології та пульмонології, нефрології та урології, наркології, кардіології, отоларингології, токсикології (в тому числі військової) та інших спеціальностей. Представники групи М-ХБ входять до складу багатьох засобів народної та нетрадиційної медицини, ветеринарії, косметології тощо. Широкий спектр фармакологічних властивостей М-ХБ викликає різноманіття побічних терапевтичних та токсичних ефектів.

Клінічна картина при отруєнні М-ХБ яскрава та характерна. Важкий холінолітичний синдром — стан, потенційно небезпечний для життя людини, тому потребує невідкладних медичних заходів. За оперативними даними Київського токсикологічного центру пацієнти з типовою картиною антихолінергічного синдрому складають від 10-15% від всіх отруєнь психотропними речовинами, або 2,5-3,5% від загальної кількості пацієнтів з гострими отруєннями. Летальність складає 4,5 випадки на 1000 пролікованих пацієнтів. За десять останніх років спостереження відмічено збільшення загальної кількості гострих отруєнь М-ХБ, майже в два рази. Серед токсичних речовин переважали медикаменти, які приймалися, переважно, з метою суїциду. Серед пацієнтів переважали чоловіки (54%), у віці від 15 до 35 років. Середній термін госпіталізації становив 4,5 днів. Суїцидальні спроби склали 64%, кримінальні отруєння — 25%, випадкові — 9%. Більша частина пацієнтів (85%) в тяжкому стані госпіталізувались до лікарні брига-